

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

859

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Colette MILLA-VILLENA

née le 25 Décembre 1934 à SOUSSE (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le :

SUR TROIS CAS
DE TUMEURS BENIGNES DE LA MOELLE EPINIÈRE
CHEZ DES MALADES AYANT ÉTÉ OPÉRÉES POUR
CANCER DU SEIN

Président : M. R. GARCIN, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Colette MILLA-VILLENA

née le 25 Décembre 1934 à SOUSSE (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le :

SUR TROIS CAS

DE TUMEURS BENIGNES DE LA MOELLE EPINIERE
CHEZ DES MALADES AYANT ETE OPEREES POUR
CANCER DU SEIN

Président : M. R. GARCIN, Professeur.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutailis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	LORETAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	OLIVIER (G.)
	FÈVRE (M.)
	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
	GAUDART D'ALLAINES (F. de)
	MATHEY (J.)
	DECOURT (J.)
Clinique de chirurgie orthopédique et réparatrice (Cochin)	LAMY (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DESOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	CATHALA (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DELAY (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MARCHEL (G.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	LENÈGRE (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	SOULIÉ (P.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	BROUET (G.)
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (G.)
	GENNES (L. de)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEROT (M.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DAVID (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	GARCIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	LACOMME (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	MERGER (R.)
Cliniques obstétricales	VARANGOT (J.)
	RENARD (G.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	AUBRY (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	LELONG (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	BERNARD (E.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MICHAUX (L.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	GOSTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	ROUX (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	LENAIRE (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	GAULTIER (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	PADOVANI (P.)
Clinique toxicologique	DOMART (A.)
Clinique traumatologique	POILLEUX (F.)
Sémiologie médicale	COUVELAIRE (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	TURPIN (R.)
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	GAUDOL (G.) COUINAUD (C.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.)	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSET (F.) CHOWETTE (G.) COUTY (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-D'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BAULIEU El. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUM (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉGER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANHAIRE (L.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie médicale	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONAZI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	GIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUMAMEL (G.)		
Hématologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RAGADOT (J.)		
Histologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hydrologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIR-JALOUSTRÉ (H.)		
Hygiène	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Maladies infectieuses	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine légale	ALBAHARY (C.) PERTUISSET (B.)		
Médecine du travail	GRAMJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.)		
Neuro-chirurgie	MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Ophthalmologie			

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.) m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{re} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	{ ABOULKER (P.) AMFLINE (A.) pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	LAUNAY (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	{ Mmes GONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père,

A ma Mère,

A mon Mari.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552222_0050

A Monsieur le Professeur R. GARCIN

Professeur Titulaire de la Chaire de
Clinique de Neurologie.

qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur J. LE BEAU

Chef du Service de Neuro-Chirurgie de
la Salpêtrière
Professeur au Collège de Médecine de Paris

qui a inspiré cette thèse.

En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur E. WOLINETZ

Assistant du Service de Neuro-Chirurgie de
la Salpêtrière.

qui m'a guidée dans la réalisation de
cette thèse.

En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur H. BARUK

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques
Professeur Agrégé de Neuro-Psychiatrie

qui m'a initiée à la Psychiatrie.

En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance.

INTRODUCTION

Les métastases du cancer du sein sont si fréquentes au niveau des os et plus particulièrement ceux du rachis que l'on serait tenté d'en faire le diagnostic dès l'interrogatoire ou l'inspection d'une femme présentant des signes de compression médullaire et une mammectomie.

D'après SCHMORL et JUNGHANS⁽¹⁾, la colonne vertébrale porte des métastases dans 66,6% des cancers du sein.

La compression médullaire résulte alors le plus souvent :

- soit du tassement d'une vertèbre lysée,
- soit d'une prolifération secondaire du néoplasme vertébral dans l'espace épidural. Cependant, les métastases peuvent être d'emblée intra-rachidiennes, juxta-médullaires (extradurales ou sous-durales) ou même intra-médullaires.

Tels sont les mécanismes classiques de compression médullaire d'origine métastatique pour lesquels peut se discuter une indication opératoire. L'apparition

(1) Cités en (5)

de cette localisation secondaire du cancer du sein est de si mauvais pronostic qu'elle incite souvent le clinicien à adopter une attitude réservée.

Or l'abstention opératoire, lorsqu'elle n'est pas justifiée par la présence à la radiographie du rachis d'images caractéristiques du cancer vertébral, le prive de l'unique preuve irréfutable du diagnostic de nature de la cause compressive, la preuve histologique.

En effet, la découverte dans les antécédents d'une tumeur ostéophile, ne saurait être qu'un argument de présomption en faveur de l'étiologie métastatique des signes neurologiques de compression médullaire apparus secondairement dans le temps.

Nous nous proposons de montrer, par ce travail, que le diagnostic de métastase statistiquement le plus probable, peut être démenti par les faits et qu'il serait regrettable de passer à côté d'un diagnostic de tumeur bénigne intra-rachidienne fortuitement associée à un cancer du sein.

Il est donc nécessaire d'évoquer et de discuter systématiquement, à la lumière des examens complémentaires demandés de toute urgence toutes les causes possibles de compression médullaire, même dans les cas apparemment les plus évocateurs d'un processus métastatique.

FREEDMAN, FEIRING and DAVIDOFF rapportaient en 1940 trois cas de carcinomes du sein associés à des méningiomes rachidiens.

LOVE et HARRINGTON en 1951 en citent un cas.

De notre côté, au cours de l'année 1961, il nous a été donné d'observer dans le service de Neuro-Chirurgie de la Salpêtrière trois cas identiques.

Le 1er cas de compression médullaire survenant chez une femme de 70 ans ayant été opérée 26 ans auparavant d'un cancer du sein, était dû à un neurinome.

Le 2è cas de compression survenu 6 ans après la mammectomie chez une femme de 60 ans était le fait d'un neurinome également.

Le 3è cas était celui d'une femme de 56 ans ayant été opérée d'un cancer du sein 6 mois auparavant et chez laquelle la laminectomie découvrit un méningiome.

- Dans un 1er chapitre, nous nous proposons de faire l'exposé de nos trois cas et de rapporter les observations étrangères citées plus haut.

- Dans un 2è chapitre, nous discuterons les arguments cliniques et radiologiques permettant de faire le diagnostic d'une métastase ou d'une tumeur bénigne, lorsqu'on se trouve en présence d'un tableau de compression médullaire, apparu chez une femme dont on connaît les antécédents cancéreux.

- Dans un 3è chapitre, nous rappellerons les résultats obtenus par la laminectomie décompressive dans le traitement des métastases rachidiennes ; ses contre-indications, que les opérations hypophysaires sont venues restreindre. Nous en donnerons un cas pour exemple.

CHAPITRE I

OBSERVATIONS CLINIQUES

A - LES TROIS CAS DU SERVICE DE NEURO-CHIRURGIE DE LA SALPETRIERE.

CAS N°1

Madame G. . . , 70 ans entre dans le service le 19 juin 1961, elle est envoyée par le Professeur SOULIE de l'Hôpital Broussais avec le diagnostic de compression médullaire et de métastase possible d'un cancer du sein. Elle a subi 27 ans auparavant une opération de Halstedt du côté droit.

Histoire de la maladie.

En janvier 1961, apparaît une gêne à la marche qui s'accroît progressivement.

La malade peut difficilement monter un escalier, elle ressent une faiblesse croissante de la jambe gauche. Elle est contrainte de s'aider d'une canne pour marcher. Au début du mois de mai, elle tombe sur les genoux. Cette chute marque le début d'une aggravation de la gêne à la marche et aux mouvements volontaires de ses membres inférieurs.

La malade , une fois assise ne peut plus se relever seule pour se mettre debout.

Des crampes dans les membres inférieurs, des douleurs lombaires, une dysurie apparaissent. Elle est hospitalisée à l'Hôpital Broussais le 14 juin 1961 puis transférée en Neuro-Chirurgie le 19.

Antécédents :

En 1933 : elle a subi une intervention sur le col de l'utérus et des séances de radiothérapie ont suivi l'opération.

En 1934 : le Docteur Robert MONOD pratique une opération de Halstedt du côté droit.

En 1960 : elle souffre d'une "pleurite" pendant six mois.

A l'examen neurologique fait à l'entrée, on note : une paraplégie spasmodique incomplète.

Quelques mouvements volontaires sont encore possibles, la mobilité du membre inférieur gauche est plus diminuée que celle du droit. La spasticité est plus nette à droite.

La malade se plaint de douleurs lombaires; de crampes, impressions de décharges douloureuses dans les deux membres inférieurs, impression d'un liquide qui coule le long de ses membres, impression au niveau des pieds de chaussettes qui serrent.

A la palpation appuyée du rachis, on réveille un point douloureux en $D_4 - D_5$.

Les réflexes ostéo-tendineux semblent normaux, non exagérés, on trouve un Babinski bilatéral, la sensibilité objective superficielle est abolie, l'anesthésie, à tous les modes, touche les deux membres inférieurs et remonte jusqu'en $D_6 - D_7$.

La sensibilité profonde est très perturbée également (abolition de la notion de position des orteils, non perception du Diapason).

Il existe depuis deux mois environ des troubles

sphinctériens : rétention d'urine nécessitant des sondages répétés et constipation opiniâtre.

L'examen général révèle quelques râles pulmonaires à la base gauche, la malade ne se plaint d'aucun trouble respiratoire mais de douleurs précordiales, et la pression des côtes provoque à gauche une douleur.

Les examens complémentaires :

La N. F. S. montre une leucocytose à 13.600 avec polynucléose à 82%, qu'explique l'infection urinaire. Le culot pratiqué met en évidence de très nombreux cocci gram + et bacilles.

A l'examen radiologique du rachis, aucune anomalie n'est visible, les pédicules sont normaux.

A la radio pulmonaire, opacité du cul-de sac pleural gauche.

A la ponction lombaire, le L. C. R. très légèrement hémorragique contient un leucocyte par mm³, l'Albumine en quantité trop élevée est indosable.

A la myélographie lipiodolée par voie basse avec basculage, on note un blocage complet en coupole mais sans coulée latérale au niveau de l'interligne D₃-D₄.

Le 27. 6. 61, on note une aggravation de la contraction du membre inférieur droit. Le 30 juin 1961, la malade est opérée par le Docteur ROSIER.

Compte rendu opératoire :

Laminectomie D₂-D₃-D₄.

A l'ouverture de la dure-mère on aperçoit un neurinome de la taille d'une grosse olive qui est enlevé facile-

ment après section d'une racine entrant dans le neurinome. La moelle apparaît très comprimée et réduite à un ruban très aplati. Fermeture de la dure-mère.

Pose de la gélatine soframycinée. Fermeture des muscles en 3 plans : sutures cutanées.

Compte rendu histologique (Pr. J. LAPRESLE)

Neurinome typique associant intimement les proliférations de type A (avec belles palissades) et B d'Antoni.

Aucun signe histologique de malignité.

Suites opératoires :

La malade récupère progressivement la mobilité de ses membres inférieurs. La force musculaire du membre inférieur gauche est plus diminuée que celle du droit.

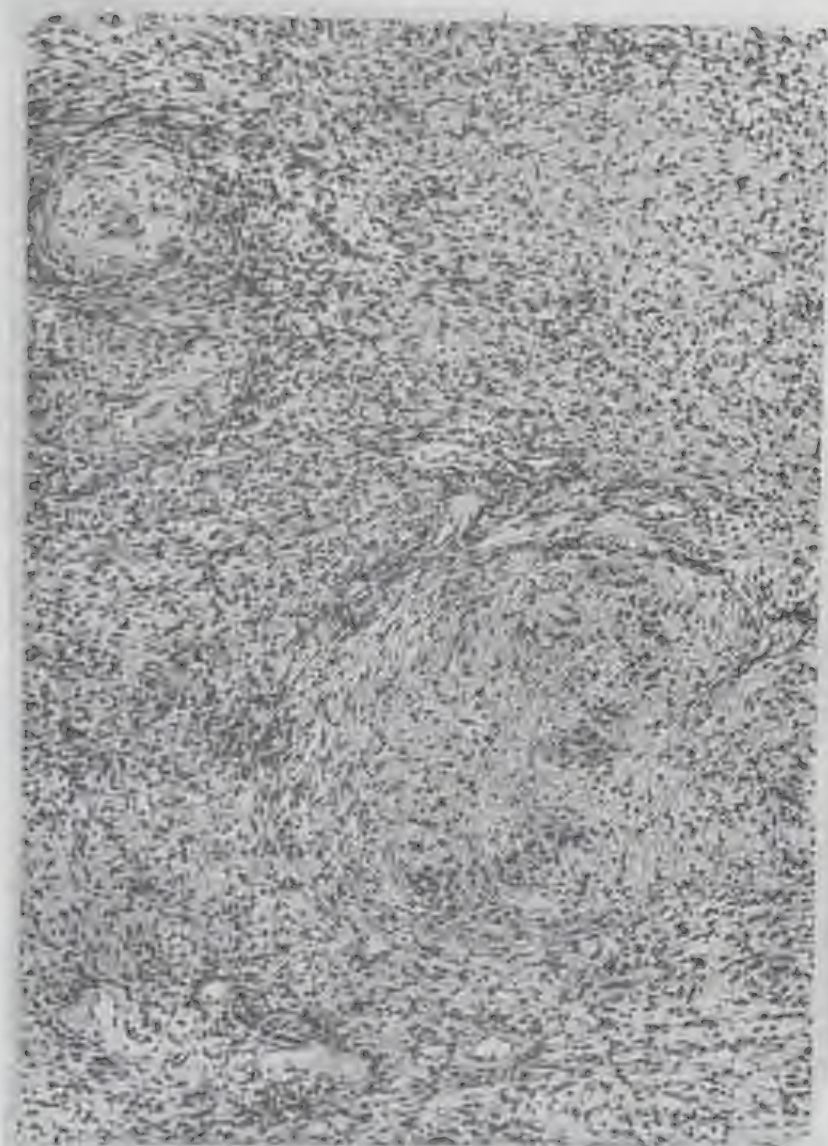
Les troubles sphinctériens persistent une quinzaine de jours puis disparaissent.

La malade quitte l'hôpital ; elle poursuit sa rééducation à l'Hôpital Broussais puis à l'Hôpital de Garches. En Novembre 1961, on note une excellente récupération la force musculaire est normale, la marche facile.

Commentaire du cas de Madame G. :

Il nous faut souligner la banalité de l'histoire clinique rapportée par Madame G. Sans la notion de cancer du sein opéré 27 ans auparavant, le premier diagnostic évoqué à l'issue de l'examen neurologique et surtout radiologique, qui ne montrait aucune anomalie vertébrale, n'aurait certainement pas été celui de métastase.

Cependant, seule l'intervention pouvait lever le



Observation n° 1 Mme G...

Coupe du Neurinome. G 100

doute. C'est ce qu'elle fit en mettant en évidence une tumeur bénigne.

CAS N° 2

Madame A. . . , 60 ans, venue de l'Hôpital Léopold Bellan entre dans le service le 13 novembre 1961 pour une paraplégie d'installation progressive. Elle a été opérée en 1956 d'un cancer du sein.

Histoire de la maladie :

Depuis un an environ, la malade a l'impression que ses genoux se dérobent sous elle.

En juillet 1961, elle tombe dans son jardin. Depuis l'aggravation est notable, elle ressent une faiblesse des deux jambes qui se dérobent plus fréquemment, surtout la jambe gauche.

Elle souffre , d'autre part, de douleurs vertébrales hautes qui l'amènent à consulter un médecin. Un traitement de Phénylbutazone est administré avec succès entraînant une sédation des douleurs.

Mais trois semaines avant son hospitalisation, son état s'est aggravé de nouveau.

Hospitalisée à l'hôpital Léopold Bellan le 5 novembre 1961, des clichés du rachis sont pratiqués, qui ne montrent aucune anomalie.

La P. L. ramène un liquide contenant 20 grammes ‰ d'albuminurie et 1, 2 éléments par mm^3 .

Un nouveau prélèvement fait 3 jours plus tard ramène un liquide xanthochromique qui coagule en masse.

L'épreuve de QUECKENSTEDTSTOOKEY met en évidence un blocage net.

La V. S. : 1^è h. 24
2^è h. 47

Dans ces conditions on la passe dans le service de Neuro-Chirurgie pour examens complémentaires et éventuellement sanction chirurgicale.

Antécédents :

Amputation élargie du sein gauche en 1956 pour un cancer.

Compte rendu histologique :

Epithélioma cylindrique de forme nettement infiltrante.

L'examen clinique fait à son entrée révèle :

- Une paraplégie flasque avec une abolition des réflexes rotuliens, Babinski bilatéral et cutanés abdominaux abolis.

- Une douleur rachidienne en D₄- D₅ irradiant en ceinture aux efforts de toux.

- Des douleurs à type de tension dans les membres inférieurs apparaissant de façon intermittente.

L'examen de la sensibilité montre une hypoesthésie à limite supérieure D₅- D₆ de plus en plus marquée vers l'extrémité distale de ses membres inférieurs.

La sensibilité profonde est altérée : il existe des

Fermeture musculo-cutanée en 5 plans sans drainage.

Volume tumoral : une petite datte.

Compte rendu histologique de la tumeur extra-médullaire.

Neurinome typique avec juxta-position de deux tissus A et B, de belles vraies palissades et des zones micro-kystiques (Pr. J. LAPRESLE).

Suite opératoires :

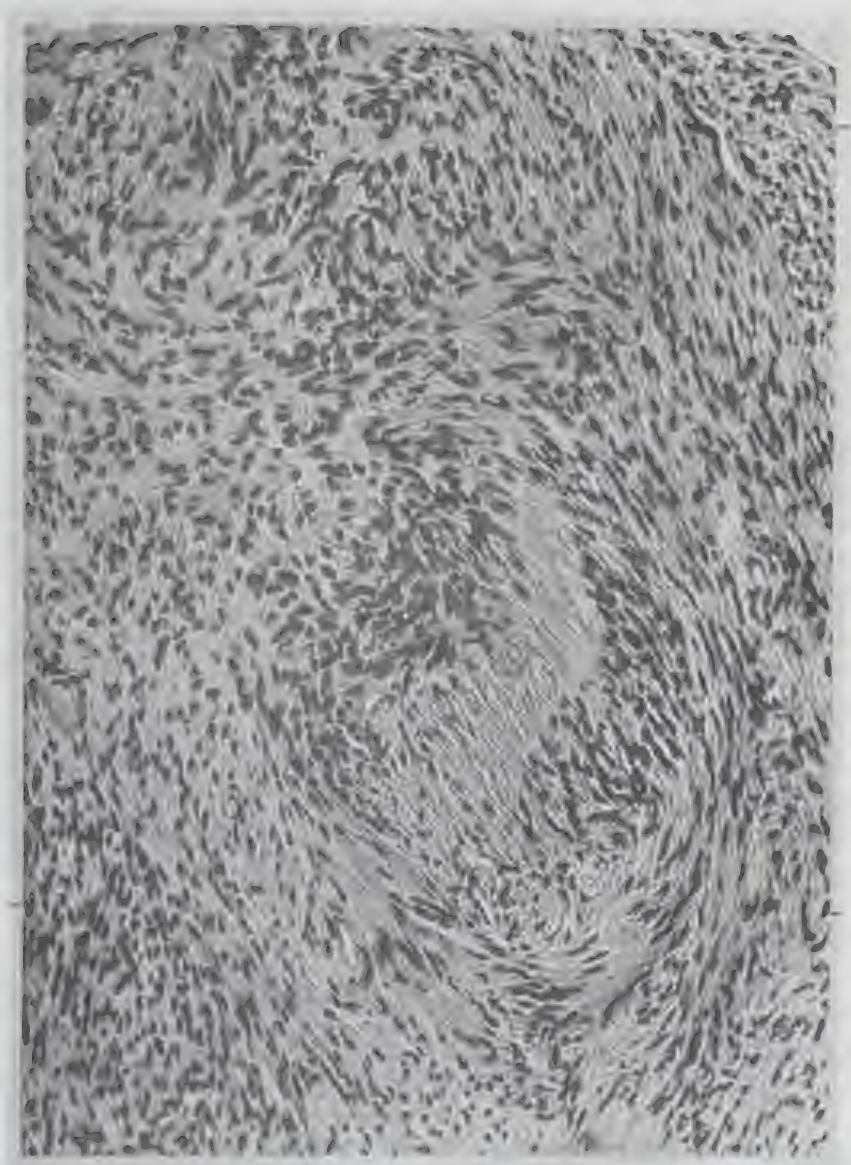
Trois jours après l'intervention, la flexion, extension des pieds et des orteils est possible. La flexion, extension de la jambe gauche est possible mais limitée, la mobilité de la jambe droite est plus réduite.

La malade souffre de douleurs diffuses des membres inférieurs augmentant à tous mouvements. Une escarre s'est creusée à la fesse gauche. Les muscles répondent mal au cours des séances de rééducation.

Les troubles sphinctériens persistent. L'infection urinaire et l'opacité pulmonaire régressent lentement, la malade est anémique.

Un mois après l'intervention, les membres inférieurs sont hyperesthésiques surtout le droit, la malade ressent le toucher comme une brûlure ; la pression des masses musculaires, des mollets surtout, est douloureuse.

Au cours du mois de Février, l'état général s'améliore, la malade commence à marcher avec des attelles qui bloquent ses genoux, et deux aides qui la soutiennent.



Observation n° 2 Mme A...

Coupe du Neurinome. G 190

Commentaire :

Il faut reconnaître que malgré la longueur de l'évolution du trouble moteur qui finalement amena Madame A. . . dans le service de Neuro-Chirurgie de la Salpêtrière, en état de paraplégie flasque complète, et peut-être à cause de son mauvais état général, nous avons soupçonné un processus de compression médullaire métastatique en rapport avec la tumeur primitive du sein opérée six ans auparavant. La radio du rachis était pourtant indemne de toute destruction osseuse. Une hypophysectomie était cependant envisagée.

La découverte d'une tumeur bénigne à la laminectomie eut un effet incontestable de surprise.

CAS N° 3-

Madame L. . . , 56 ans, envoyée par le Professeur GARCIN, entre dans le service de Neuro-Chirurgie de la Salpêtrière le 19 décembre 1961 pour une paraplégie complète de constitution rapide. Elle a été opérée d'un cancer du sein cette même année.

Histoire de la maladie :

Les troubles commencent à se manifester le 1er août 1961 :

Ce sont des paresthésies des deux pieds, sensations de chaud et froid, qui s'étendront progressivement jusqu'aux cuisses. En poussant un peu plus l'interrogatoire, nous apprenons que vers le mois de Mars 1961 elle avait ressenti une gêne dans le dos.

Au début du mois de septembre, elle constate une certaine fatigabilité à la marche et une sensation

d'engourdissement des jambes.

Le 10 octobre, la malade s'étonne en prenant son bain de ne plus sentir la température de l'eau au-dessous de la taille. Les troubles de la marche vers cette même époque s'accroissent. En novembre, elle éprouve une sensation de "jambes de bois", elle est obligée d'interrompre sa marche tous les 10 pas et sa jambe gauche a tendance à fléchir, cette claudication intermittente ne s'accompagne d'aucun symptôme douloureux.

En décembre, l'impotence des membres inférieurs est complète.

Antécédents :

Madame L... a subi en avril 1961 une opération de Halstedt à gauche, pour néoplasie confirmée par histologie.

Examen histologique pratiqué par le Pr. DELARUE :

Tumeur présentant la structure d'un adénocarcinome de type microalvéolaire avec quelques purées cellulaires indifférenciées. Le propre de cette tumeur est d'être accompagnée d'un stroma infarctoïde avec quelques zones fibrinoïdes, il est possible que cette stroma-réaction dépende en partie des irradiations antérieures. Mais elle est observée trop souvent dans les tumeurs franchement évolutives pour qu'on ne puisse pas tenir compte de cette constatation.

L'étude de la pièce complémentaire s'est attachée surtout à la recherche et à l'examen de la graisse axillaire. Dans celle-ci ont pu être mis en évidence 14 ganglions lymphatiques : ils sont tous indemnes de métastases ; les multiples coupes de la graisse montrent

également l'absence de foyer d'essaimage.

A l'examen clinique on note :

- une paraplégie flasque prédominant à gauche ,
- une douleur à la percussion des douleurs D₅- D₆,
- une anesthésie superficielle à tous les modes à peu près complète des deux membres inférieurs qui remonte jusqu'en D₄-D₅.

Les réflexes rotuliens sont vifs, diffusés bilatéralement mais plus vifs à droite. Babinski bilatéral prédominant à gauche ; les cutanés abdominaux supérieurs sont présents, les inférieurs non retrouvés.

L'examen neurologique des membres supérieurs et des paires craniennes est normale.

Dans le service se constitue une rétention d'urine et la paraplégie se complète , atteignant également les deux membres inférieurs.

Les examens complémentaires :

Radio du rachis : normale, mais très grosse arthrose cervicale.

Ponction lombaire : le liquide prélevé est citrin il contient 11 éléments par mm³ et 1,60 gramme %₁₀₀ d'albumine.

Benjoin : 2100 12000 122 210

Pandy ++

Ponction sous-occipitale : liquide limpide incolore
albumine 0,18%₁₀₀
Pandy (-)

La myélographie lipiodolée par voie haute :
montre un arrêt au niveau de $\overline{D}_4$: de face l'arrêt est irrégulier, de profil, arrêt en bec de flutte à pointe antérieure.

La N. F. S. est normale.

La V. S. = 1e h. 12 - 2è h. 27 - 24è h. 95.

B. W. : (-)

Madame L. . . passe en Neuro-Chirurgie le 19 décembre 1961 elle est opérée le même jour.

Compte rendu opératoire : opérateur Docteur LE BEAU

Laminectomie D_2 - D_5 . Suspension et ouverture de la dure-mère, on voit immédiatement la tumeur qui ressemble tout à fait à un neurinome de la taille d'une petite noix comprimant la face postéro-latérale gauche de la moelle. La face postérieure est recouverte par une racine qui lui adhère intimement. Après section de cette racine, la tumeur est enlevée en bloc, sans difficulté spéciale et sans traumatisme médullaire. La face profonde de la dure-mère saigne un peu en regard du pôle externe de la tumeur. Coagulation et gélatine qu'on enlèvera. Suture complète de la dure-mère recouverte de gélatine soframycinée. Sutures musculaires, sutures cutanées.

Compte-rendu histologique de la tumeur intra-durale médullaire :

Tumeur faite de cellules essentiellement méningocytiques disposées en enroulements caractéristiques avec calcosphérites. Méningiome : sans aucun signe de malignité et sans métastase surajoutée (Pr. LAPRESLE)



Observation n° 3 Mme L...
Coupe du Méningiome. G 110C

Suites opératoires :

Excellent état de la malade le lendemain, ont déjà réapparu la sensibilité superficielle du dos du pied des deux côtés et quelques mouvements du membre inférieur droit. Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux et symétriques. Une huitaine de jours après l'opération la sensibilité superficielle au tact et à la pique est redevenue normale. Les troubles sphinctériens disparaissent et la marche est possible avec deux aides à sa sortie de service. Elle retourne dans le service du Professeur GARCIN le 4 Janvier 1962, où elle complètera sa récupération fonctionnelle.

Au cours du mois de mars 1962, nous apprenons que Madame L... est traitée par radiothérapie pour une métastase de l'os iliaque gauche.

Commentaire :

Dans ce cas, l'opération du cancer du sein ayant eu lieu au mois d'avril de la même année, la crainte d'une localisation métastatique pesait plus lourdement encore sur le diagnostic étiologique de la compression médullaire, d'autant plus que l'examen histologique du prélèvement cancéreux mettait en évidence un épithélioma franchement évolutif.

Cette crainte pouvait être renforcée par le fait d'une installation relativement rapide de la paraplégie qui s'est constituée en deux mois.

Cependant la radio du rachis ne montrait aucune atteinte suspecte. L'acte opératoire découvrit une tumeur bénigne.

Mais deux mois plus tard, une métastase osseuse faisait son apparition au niveau de la hanche gauche ; le Docteur LE BEAU conseilla alors une hypophysectomie qui fut refusée.

B - 4 CAS IDENTIQUES RENCONTRES DANS LA LITTÉRATURE .

DAVID A. , FREEDMAN M.D. , EMMANUEL H. , FEIRING M.D. and LEO M. , DAVIDOFF M.D. en 1949, rapportent 3 cas.

CAS N° 1

Compression de la moelle épinière confirmée par la myélographie. Mammectomie 5 ans auparavant, pour cancer du sein. Aucun indice de métastase. Laminectomie et ablation d'un méningiome au niveau du rachis.

Histoire de la maladie :

Une femme de 62 ans fut admise à l'Hôpital le 14 mars 1946 pour faiblesse et engourdissement des membres inférieurs. Les premiers symptômes apparurent en décembre 1945 : ils consistaient en paresthésies des orteils gauches qui firent place à une sensation de faiblesse remontant progressivement jusqu'au segment proximal du membre et qui dura pendant 3 à 4 semaines, suivie d'une symptomatologie identique dans le membre inférieur droit. Un mois avant son hospitalisation la marche était devenue impossible. Pas de troubles sphinctériens, aucune atteinte des membres supérieurs.

A aucun moment la malade n'a ressenti de douleurs.

Antécédents :

En 1941 mammectomie radicale du sein gauche et apparition d'un oedème dans le membre supérieur gauche T. A. I8-I0.

A l'examen neurologique on note :

- une paralysie des deux membres inférieurs;
- une hyperréflexivité ostéo-tendineuse,
- un Babinski bilatéral,
- une hypoesthésie à tous les modes au-dessous de D₁₀. y compris le territoire correspondant à la queue de cheval.

Examens complémentaires :

Les radios du rachis dorsal et lombaire montrent des images d'ostéoporose modérée et d'ostéoarthrite hypertrophiante mais pas d'image de métastase. La distance interpédiculaire est normale.

Le L.C.R. prélevé contient 0,57 gramme ‰ d'albumine, absence de cellules.

L'épreuve de QUECKENSTEDT STOOKEY montre un blocage partiel.

A la myélographie : arrêt au niveau de D₁₁.

Opération :

Laminectomie D₈-D₁₁. Au niveau de D₁₁ une tumeur pourpre encapsulée, située à la face postérieure

de la moelle, adhérente à la dure-mère. De consistance ferme et mesurant 1 cm sur 1,5 cm. La tumeur et ses attaches dures furent complètement enlevées.

Diagnostic histologique : méningiome

Suites opératoires :

Réapparition rapide de la motilité des membres inférieurs. Au 18^e jour la malade commence à marcher et quitte l'hôpital. 4 mois après l'opération, l'examen neurologique est normal.

CAS N° 2

Compression lente de la moelle épinière. Mammectomie totale pour cancer du sein, 5 ans auparavant. Aucune métastase mise en évidence. Myélographie confirmant la compression. Opération et ablation d'un méningiome au niveau du rachis cervical.

Histoire de la maladie :

Une femme de 50 ans entre à l'hôpital le 2 avril 1946, se plaignant d'engourdissement du tronc, du membre inférieur droit et de la main gauche. Un an et demi avant son admission, alors qu'elle nageait, la malade se rend compte que la sensibilité de sa jambe droite est abolie, elle ne peut plus évaluer la température de l'eau. Cette anesthésie à la température monte progressivement atteignant la moitié droite de son tronc jusqu'à la taille. 6 mois après, elle ressent un engourdissement et des fourmillements dans le petit doigt de la main gauche ; plus récemment l'annulaire, le majeur et l'index sont touchés. Quelquefois, à la toux et à l'effort, elle ressent une douleur dans la nuque qui diffuse dans le bras

gauche. En même temps, une constipation opiniâtre s'est installée et à plusieurs reprises une incontinence d'urine. Peu de temps avant son hospitalisation, elle s'est blessée à la jambe droite mais n'a ressenti aucune douleur à l'endroit de l'hématome, de plus elle commence à se plaindre d'une raideur de la jambe gauche.

Le diagnostic de tumeur de la moelle cervicale est évoqué.

Antécédents :

En octobre 1940 : mammectomie totale pour cancer du sein sans atteinte ganglionnaire. En 1950 : ablation d'un fibrome utérin.

Examen : bon état général

Bonne cicatrice de mammectomie, pas de récurrence locale ni ganglionnaire du cancer.

Examen neurologique :

Parésie de la main gauche et de la jambe gauche.

Atrophie des muscles interosseux et hypothénar de la main gauche. La démarche est légèrement spastique.

Réflexes ostéo-tendineux très vifs.

Babinski bilatéral.

Réflexes cutanés abdominaux abolis.

La sensibilité superficielle, à la température et à un moindre degré, au toucher est diminuée au-dessous de D₄ à droite, le territoire de la queue de cheval est aussi touché. A la main gauche, l'annulaire, le majeur

et l'index sont également hypoesthésiques.

La sensibilité aux vibrations est un peu diminuée au membre inférieur droit.

Examen complémentaire :

Radio du rachis cervical : quelques images d'ostéo-arthrite hypertrophiante banales.

L.C.R. : 0,79 gramme ‰ d'albumine -
2 cellules par mm³.

B.W. (-)

Epreuve de QUEEKENSTEDT STOOKEY : blocage complet

Myélographie : arrêt en C₆.

Opération : Laminectomie C₅-D₁

On découvre en avant de la moelle une tumeur intra-durale, après section de la huitième racine cervicale sensitive, la tumeur est complètement enlevée.

Diagnostic histologique : méningiome

Suites opératoires :

17 jours après l'opération la sensibilité est pratiquement normale et la motilité très améliorée. L'examen neurologique pratiqué en avril 1947 est normal.

CAS N° 3

Compression lente de la moelle, mammectomie totale pour un cancer du sein vérifiée histologiquement.

Pas de métastases. Laminectomie et ablation d'un méningiome au niveau du rachis dorsal.

Histoire de la maladie :

Une femme âgée de 63 ans entre à l'Hôpital le 30 décembre 1947 se plaignant d'une paralysie des membres inférieurs.

Antécédents :

En janvier 1942, l'apparition d'une douleur dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen qui augmente en fréquence et en intensité les mois suivants.

En août 1942, la douleur s'est encore aggravée, une laparotomie est faite dans un autre hôpital, le diagnostic de cancer du rectum évoqué, on procède à une colostomie avec anus iliaque. Le diagnostic histologique n'a pas été fait.

3 mois plus tard, la malade commence à souffrir de ses deux membres inférieurs, la douleur d'abord minime, s'accroît.

Au printemps 1943, un nouveau symptôme apparaît à savoir une faiblesse des membres inférieurs qui va en s'aggravant progressivement jusqu'au mois de décembre de la même année et rend la marche difficile. En même temps apparaît une incontinence d'urine. Pendant les 4 années qui séparent le début des troubles de la marche et la nouvelle admission à l'hôpital une paralysie complète s'installe.

Examen :

Bon état général, peu comptable avec le diagnostic de cancer du rectum évoqué plus haut, T. A. : 20-9.

On découvre à ce moment dans le quadrant supéro-externe du sein gauche une tuméfaction ferme, irrégulière, mesurant 5 cm de diamètre.

T. R. : normal

T. V. : normal

Examen neurologique :

paraplégie spasmodique

Réflexes ostéo-tendineux très vifs

Babinski bilatéral.

De faibles mouvements des orteils et des pieds peuvent encore être exécutés. La sensibilité à la pique est abolie au-dessous de D₁₁ des deux côtés. La sensibilité profonde est diminuée.

Examens complémentaires :

Radios du rachis lombaire et du Pelvis : images d'ostéo-arthrite hypertrophiante, et une zone de moindre densité au niveau de la partie postéro-supérieure du corps de la 5^e vertèbre lombaire qui pose un problème. En regard de la 6^e et de la 7^e vertèbre dorsale et à l'intérieur du canal rachidien une petite image de calcification.

P. L. : Le L. C. R. contient 1,21 gramme d'albumine.

L'épreuve de QUECKENSTEDT STOOKEY montre un blocage partiel.

Myélographie : arrêt incomplet, commençant au niveau de D₈ et s'étendant jusqu'en D₆.

Les examens complémentaires concernant l'abdomen sont tous négatifs.

Discussion :

Etant donné le contexte clinique , on est en droit de penser que le diagnostic de cancer du rectum était faussement fondé sur l'apparition de douleurs radiculaires dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen et que ces douleurs étaient le résultat de la compression médullaire qui fut ensuite diagnostiquée.

Opération :

I° Mammectomie totale le 6 février 1948 après biopsie et examen histologique confirmant le diagnostic clinique de malignité. Les ganglions axillaires sont envahis.

Le 2 mars 1948 : Laminectomie D_4-D_8 .

Une tumeur intra-durale est découverte s'étendant en arrière de la moelle de la 5^e à la 7^e vertèbre dorsale.

Diagnostic histologique : méningiome.

Suites opératoires :

Aucune amélioration, ceci était à craindre étant donné la longueur de l'évolution et le retard apporté à la laminectomie.

LOVE J.G. et HARRINGTON S.W. rapportent un cas identique.

Ablation d'une tumeur bénigne de la moelle épinière chez une femme de 76 ans ; diagnostic compliqué d'une histoire de mammectomie radicale pour cancer 23 ans auparavant.

Histoire de la maladie :

Une femme de 76 ans est venue consulter pour engourdissement progressif de ses membres inférieurs. Les troubles ont commencé 3 mois avant son entrée à la clinique. Les premiers symptômes touchaient la plante des pieds mais une semaine ou deux plus tard l'engourdissement avait atteint la taille. La malade ne souffre d'aucune douleur. En insistant, on apprend qu'il y a 9 ou 10 mois elle s'est aperçue que ses jambes se fatiguaient plus facilement qu'auparavant. Deux semaines avant son admission à l'hôpital, elle était incapable de marcher. La veille de l'hospitalisation, elle a essayé de marcher et s'est fracturée le poignet en tombant. Exceptée la fracture, elle ne présente aucun trouble aux membres supérieurs. Pas de troubles sphinctériens.

Antécédents :

En Juin 1931 mammectomie radicale du sein droit pour cancer du sein sans atteinte ganglionnaire.

En juillet 1932 : mammectomie simple pour mastite chronique diffuse du sein gauche. Aucun signe de malignité n'est retrouvé.

En novembre 1933 ablation d'une tumeur bénigne pigmentée et poilue, de 8 mm de diamètre de la paroi abdominale, située juste au-dessus de la symphyse pubienne.

Examen :

La malade pèse 32 kg. Elle est incapable de mobiliser ses jambes pour s'asseoir au bord de son lit.

Aucune récurrence cliniquement perceptible de cancer et à la radio aucune image suspecte de métastase.
T. A. 21.9.

Le coeur est gros, on perçoit un souffle systolique, mitral sur toute l'aire précordiale et qui s'étend jusqu'au dessous de l'ombilic du côté droit de l'abdomen.

Examen neurologique :

Paralysie des deux membres inférieurs plus importante à droite qu'à gauche.

Hypoesthésie à tous les modes jusqu'en D₄, La sensibilité étant plus diminuée à gauche qu'à droite, un syndrome de Brown-Séquard est réalisé.

Examen complémentaire :

Radio du rachis : ostéophytes au niveau de la colonne cervicale et dorsale. Scoliose dorso-lombaire. Ostéoporose des os du crâne.

Le diagnostic clinique de tumeur comprimant la moelle en D₃ est fait et l'on soupçonne qu'il s'agit d'un méningiome.

P. L. : le L. C. R. contient 0,50 gramme d'albumine.

L'épreuve de QUECKENTEDT STOOKEY met en évidence un blocage.

Opération :

Laminectomie D_2 - D_3 . On découvre un méningiome en regard de D_2 - D_3 sur le versant postéro-latéral de la moelle. La tumeur et ses attaches dure-mériennes sont enlevées en un seul bloc.

Diagnostic histologique : méningiome.

Suites opératoires :

La malade a retrouvé sa sensibilité, le soir même du jour de son opération ainsi que la motilité de ses membres inférieurs. Le lendemain elle pouvait se lever. Le 3^e jour, elle présente une hémiplégie droite, une paralysie faciale droite : il s'agit d'un accident vasculaire cérébral probablement dû à un spasme artériel. La malade a guéri de son hémiplégie. 3 semaines après l'opération elle ne présentait plus aucune séquelle de son accident vasculaire et elle pouvait marcher.

CHAPITRE II

A - DIFFERENCIATION CLINIQUE

Nous venons d'exposer 7 cas de compression médullaire, chacun pour son propre compte a posé le problème de la relation d'un processus compressif actuel avec un processus cancéreux connu dans les antécédents de la maladie.

Nous avons sommairement commenté les trois cas observés dans le service de Neuro-chirurgie de la Salpêtrière afin de montrer l'attitude qui présida à la décision opératoire.

Nous rappelons que dans un cas, l'examen clinique et radiologique de la malade, nous avait donné la quasi-certitude d'une tumeur bénigne.

Pour les deux autres cas, nous n'avions pu exclure la possibilité d'une atteinte métastatique en rapport le cancer du sein opéré.

Nous jugeons cependant utile de rappeler dans ce chapitre les arguments cliniques et radiologiques qu'il est classique d'évoquer pour orienter le diagnostic d'une compression médullaire en faveur d'une lésion métastatique ou d'une tumeur bénigne et de montrer leurs limites.

Nous étudierons d'un point de vue différentiel :

1 - La douleur, qui est fréquemment le premier symptôme de compression médullaire. Nous savons que l'analyse de la douleur et le diagnostic précoce de compression médullaire sont deux faits intimement liés.

2 - L'installation de troubles moteurs et le caractère de la paraplégie.

3 - Les autres signes accompagnateurs :

Troubles sphinctériens et troubles de la sensibilité objective.

1 - La douleur

Les douleurs ressenties au cours des compressions médullaires ont fait l'objet de la thèse de G. MONPETIT qui a étudié "43 cas de tumeurs intra-rachidiennes dans une consultation et un service de rhumatologie", sous la direction du Professeur de SEZE.

Il ressort de ce travail de mise au point que certains caractères de la douleur sont particuliers aux métastases et certains autres aux tumeurs bénignes.

A - Les métastases rachidiennes, se manifestent au début de leur évolution par des douleurs rachidiennes qui précèdent le plus souvent les douleurs radiculaires et toujours les accompagnent.

La rachialgie constitue un élément au moins aussi important que l'irradiation douloureuse.

Les douleurs radiculaires touchent d'emblée plusieurs racines, elles ont une intensité tout-à-fait remarquable nécessitant l'emploi d'opiacés qui ne suffisent généralement pas à les calmer. Elles sont permanentes, durant nuit et jour ; leur recrudescence nocturne est constante et très marquée. Il arrive parfois que le repos ne leur soit pas défavorable et les atténue alors que les mouvements les exacerbent.

Leur début et leur évolution sont progressifs, sans poussées.

B - Les tumeurs bénignes

La radiculalgie est l'élément séméiologique dominant, la douleur rachidienne l'accompagne très inconstamment. Au début, la douleur est monoradiculaire, progressivement elle se bilatéralise et peut toucher plusieurs racines. Elle apparaît souvent de manière paroxysmique pendant une durée variable, allant de quelques minutes à une ou deux heures, en dehors desquelles la douleur cesse presque complètement. Naturellement déclenchée par les efforts et la toux, elle est sujette à une recrudescence nocturne (dans les 3/4 des cas où il existe des paroxysmes, ceux-ci sont surtout ou uniquement nocturnes).

Inversement, la marche ou la station debout ont une influence favorable. Dans la plus grande partie des cas, ils atténuent la douleur et en un temps variable ils la font disparaître complètement mais la douleur réapparaît quand le malade se recouche.

Il y a donc d'après MONPETIT une certaine opposition entre les deux variétés de compression que nous étudions, quant au caractère de la radiculalgie et l'importance des rachialgies.

Certaines douleurs par contre, sont accessoirement rencontrées, ce sont les douleurs cordonnales, sensation d'eau froide coulant le long des membres inférieurs, douleurs constrictives en étai, voire douleurs à distance du type crural ou sciatique ainsi que diverses paresthésies, impressions d'engourdissement ou de lourdeur d'un membre.

Parallèlement aux pinions empruntées à la thèse de MONPETIT on peut citer J. A. LIEVRE qui en 1960, dans un article consacré aux tumeurs du rachis, après avoir décrit la douleur comme le symptôme révélateur habituel du cancer du rachis, "douleur intense, permanente, troublant ou empêchant le sommeil" prend soin

de souligner que ce tableau clinique est très inconstant et qu'il s'observe aussi dans les affections bénignes de la moelle et des racines médullaires et qu'inversement la douleur métastatique peut être légère, atténuée, intermittente.

2 - L'installation des troubles moteurs et les caractères de la paraplégie.

A - Les métastases rachidiennes du cancer du sein se manifestent pendant longtemps par un seul symptôme, la douleur . Cette période préparaplégique est de durée très variable. BARRON, HIRANO, ARAKI et TERRY rapportent 20 cas de métastases de cancer du sein ; la plus courte période précédant l'installation des troubles moteurs est de deux mois, la plus longue de trois ans, la moyenne de 20 cas étant d'un an.

Elle est suivie par l'installation rapide du déficit moteur qui évolue vers la paraplégie complète de manière invariablement et inexorablement progressive en quelques jours. La paraplégie se constitue d'un seul tenant, sans rémission; elle touche également les deux membres inférieurs.

B - Les tumeurs bénignes de la moelle ont généralement une histoire beaucoup plus longue ; les douleurs peuvent pendant des années constituer le seul symptôme de compression médullaire, des périodes préparaplégiques de 5 à 2 ans sont fréquemment observées à propos de méningiomes et de neurinomes.

Le trouble moteur s'installe ensuite très progressivement souvent intermittent au début, apparaissant le soir à la fatigue, à type de dérobage passager d'une jambe, raideur transitoire du genou. La malade ressent une fatigabilité anormale à la marche, elle est obligée

de s'arrêter après quelques pas, il lui arrive de butter, de traîner les pieds, de faire des chutes. Une jambe est fréquemment plus atteinte que l'autre. Le trouble moteur est variable d'un jour à l'autre, sujet à des rémissions et évoluant par poussées. Ce n'est qu'au bout de quelques semaines, quelques mois que la marche devient impossible et la paraplégie est souvent à prédominance unilatérale.

Il apparaît clairement que l'installation de la paraplégie au cours du processus métastatique de compression médullaire est tout-à-fait typique ; mais il ne faut pas oublier que ce stade est tardif et qu'il vaut mieux ne pas l'avoir atteint pour prendre une décision opératoire, qu'il s'agisse d'une tumeur bénigne ou d'une métastase.

3 - Troubles sensitifs objectifs et troubles sphinctériens

ELSBERG ⁽¹⁾ notait en 1941 la fréquence des paraplégies métastatiques ne s'accompagnant d'aucune altération de la sensibilité cutanée. Cette discordance entre troubles sensitifs et troubles moteurs n'a pas été vérifiée par BARRON et ses collaborateurs, ils n'ont relevé parmi leurs 127 cas de compression médullaire d'origine métastatique, qu'un seul cas pour lequel la sensibilité superficielle était normale.

Il semble qu'aucun auteur actuellement ne retienne cet argument de différenciation entre tumeur bénigne de la moelle et métastase rachidienne.

Les troubles de la sensibilité superficielle et profonde de même que les troubles sphinctériens, ne semblent revêtir aucun caractère particulier quelle que soit la cause de la compression.

(1) Cité dans (2)

Dans cet essai de différenciation clinique, nous n'avons tenu compte ni du terrain sur lequel se développe la symptomatologie de compression médullaire, ni de la notion acquise de cancer du sein opéré. Nous allons maintenant envisager l'importance de l'âge, de l'état général, de la notion de délai écoulé entre l'opération du cancer du sein et l'apparition des symptômes de compression pour l'établissement d'un diagnostic de nature.

1 - L'âge de la malade :

Métastases et tumeurs bénignes se manifestent avec la même fréquence aux alentours de la cinquantaine.

2 - L'état général :

Nombreux auteurs tel que le Professeur SICARD dans son Traité de Chirurgie du Rachis, précisent qu'une métastase rachidienne du cancer du sein s'installe généralement sans aucune atteinte de l'état général ni amaigrissement, ni récurrence locale du cancer du sein et que les biopsies pratiquées au niveau de la mammectomie ne révèlent aucune anomalie cellulaire.

On sait d'autre part que les tumeurs bénignes sont très bien tolérées par l'organisme pendant la longue période préparaplégique et au-delà.

Il ne faudra donc pas compter sur les variations de l'état général pour orienter le diagnostic.

3 - Enfin, quelle valeur de discrimination entre tumeurs bénignes et métastases peut-on accorder à l'intervalle de temps écoulé entre l'apparition du cancer du sein et celle de la symptomatologie médullaire ? A partir de quel délai peut-on éliminer la possibilité d'une atteinte métastatique ? La réponse nous est donnée par le Professeur SICARD dans son Traité de Chirurgie du Rachis

"l'intervalle compris entre l'apparition de la tumeur primitive et la localisation osseuse surprend parfois, il peut atteindre 20 ans et même plus".

Nous tiendrons donc aucun compte de cette notion de délai apparemment si séduisante et qui risque d'être trompeuse comme dans le cas de Madame L... En effet, quelques mois seulement séparaient la découverte du cancer du sein de l'apparition secondaire des symptômes de compression médullaire nous rendant plus réceptifs à l'idée d'une métastase.

4 - Le cas de Madame L...

3^e cas observé dans le Service de Neuro-Chirurgie de la Salpêtrière au cours de l'année 1961 nous incite à poser le problème des métastases osseuses qui peuvent se manifester en même temps que la compression médullaire : tandis que se complétait la symptomatologie de compression médullaire, le processus cancéreux continuait son évolution et s'extériorisait deux mois après la laminectomie par des douleurs de la hanche gauche et une image radiologique de métastase osseuse.

Il y avait cependant une parfaite indépendance des deux processus.

Une image radiologique de métastase osseuse ne pourrait servir d'argument pour le diagnostic de nature de la lésion compressive de la moelle épinière.

B - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

D'après ce que nous venons de voir, il est loin d'être toujours possible de poser le diagnostic de tumeur bénigne ou de métastase en toute sécurité.

Nous pouvons même dire qu'il est de bonne règle de s'abstenir de toute hypothèse avant d'avoir en main les résultats des examens complémentaires. Soulignons déjà l'importance de tout premier ordre de la simple radiographie du rachis : en présence des images caractéristiques des lésions osseuses métastatiques que nous décrirons, le diagnostic est fait.

Nous poserons le problème d'une radiographie normale.

Nous citerons ensuite pour mémoire les examens portant sur le L. C. R.

Ce chapitre de diagnostic différentiel prendra fin sur les renseignements qui peuvent être fournis par la myélographie lipiodolée.

I - L'examen radiologique du rachis

1 - Les métastases vertébrales du cancer du sein

Le cancer du sein se range parmi les cancers dits ostéophiles, qui avec le cancer de la prostate et celui du corps thyroïde, manifestent une affinité particulière pour le système osseux en général et la colonne vertébrale en particulier.

Les aspects radiologiques des métastases vertébrales ont été abondamment décrits à leur propos.

Nous emprunterons à G. LAURENCE les descriptions qu'il en fait dans un article récent de la Revue du Praticien de Décembre 1961 intitulé "Rachialgies par Tumeurs Vertébrales".

Il isole quelques images fréquemment rencontrées :

- les images de condensation multiples, irrégulières, floues, avec ou sans vertèbre ivoire sont caractéristiques de métastase ostéoplastique.
- les images lytiques multiples, floues, corporéales et pédiculaires, sans atteinte discale se rencontrent dans les cas de métastases cancéreuses ostéolytiques. Elles peuvent donner un aspect "mité" à la vertèbre atteinte.

Il arrive que des effondrements vertébraux mêlent aux images lytiques diffuses, avec aspect mité, une ou plusieurs figures de vertèbra plana.

- les images de condensation irrégulière peuvent se mêler à des images de lyse, constituant des aspects difficilement analysables mais en fait assez caractéristiques d'un processus malin en évolution.
- Enfin, nous signalerons l'effacement vertébral sans effondrement et l'effacement des pédicules avec conservation des disques.

G. LAURENCE résume ainsi les aspects radiologiques des métastases vertébrales : "tantôt destructifs, tantôt constructifs en principe diffus, mal limités, envahissant à l'occasion les pédicules et les arcs postérieurs mais respectant les disques plus que ne le fait une spondylite. La pullulation d'images estompées, irrégulières donnant à des segments entiers de colonne un aspect mité est peut être l'élément le plus caracté-

ristique avant même l'envahissement pédiculaire et l'intégrité discale".

2 - Les tumeurs bénignes intra-rachidiennes

Les tumeurs bénignes qui ont évolué pendant plusieurs mois peuvent donner lieu à des images radiologiques : ce sont uniquement des images d'usure, jamais de perte de substance osseuse. En augmentant de volume, la tumeur fait pression sur l'anneau osseux qui la contient et peut l'altérer.

- Relativement fréquent est l'élargissement de l'espace transversal interpédiculaire (ELSBURG et DYKE) visible sur la radio strictement de face et bien centrée. Le diamètre antéro-postérieur mesuré sur des clichés de profil peut-être aussi augmenté ainsi que les dimensions des trous de conjugaison.

- Un autre signe plus rare est l'altération localisée d'un pédicule (GARCIN et GODLEWSKI).

- L'existence d'une opacité anormale au niveau d'un méningiome contenant des calcosphérites est très rarement rencontrée.

Finalement, la plupart des tumeurs bénignes intra-rachidiennes ne s'accompagnent d'aucune anomalie radiologique.

Cependant une radiographie normale du rachis ne donne pas la certitude du diagnostic de bénignité de la lésion compressive ; certaines compressions médullaires qui ont fait la preuve de leur origine métastatique ne s'accompagnaient d'aucun signe radiologique. Le professeur LAZORTHES souligne à propos d'un cas de ce genre, l'intérêt qu'il y aurait à pratiquer plus souvent des toмоgraphies du rachis.

II - L'étude du L. C. R.

si utile pour confirmer le diagnostic de compression médullaire, ne peut par contre rien nous apporter en ce qui concerne le but que nous poursuivons. La dissociation albumino-cytologique presque constante, l'épreuve de QUEEKENSTEDT STOOKEY montrant soit un blocage complet, soit un blocage partiel sont communs à toutes les variétés de compression ; l'absence de blocage, comme l'absence de dissociation albumino-cytologique ne suffisent pas à rejeter le diagnostic de compression.

III - La myélographie lipiodolée

La myélographie lipiodolée est quelquefois nécessaire pour objectiver une compression médullaire qui n'a donné lieu à aucune modification du liquide céphalo-rachidien.

Elle est indispensable pour situer exactement le niveau de la compression, et par la même occasion, elle visualise un des pôles de la lésion compressive, supérieur ou inférieur selon qu'elle est pratiquée par voie occipitale ou par voie lombaire.

Peut-on espérer que les images d'arrêt du lipiodol aident à faire le diagnostic de nature des lésions responsables de la compression ?

Dans le cadre des lésions tumorales, les images d'arrêt peuvent dans certains cas typiques renseigner sur la situation de la tumeur par rapport à la dure-mère et on distingue schématiquement les images d'arrêt des tumeurs extra-durales, des images d'arrêt des tumeurs intra-durales.

Ainsi, le neurinome que l'on prend habituellement comme type de tumeur extra-durale donne à l'arrêt li-

piodolé un contour lisse, régulier, arrondi du fait de l'interposition de la dure-mère entre lui et la substance opaque.

Le méningiome, choisi comme type de tumeur intra-durale, et dont la surface grenue, polylobée, entre en contact direct avec le lipiodol donne à l'arrêt un contour irrégulier, déchiqueté. Ce dernier présente des spicules, des différences dans son opacité et prend souvent un aspect frangé ou dentelé.

Mais la configuration de chaque tumeur, ses relations avec la moelle épinière, la colone vertébrale, le degré d'obstruction dont elle est responsable, sont éminemment variables et modifient l'image caractéristique qui est très inconstante, rendant ainsi le diagnostic de tumeur extra ou intra-durale hasardeux.

Les métastases intra-rachidiennes sont une illustration de ce qu'on vient d'énoncer.

Siégeant le plus souvent dans l'espace épidual, elles peuvent donner à la myélographie lipiodolée des images d'arrêt caractéristiques de tumeurs extra-durales sans aucun signe spécifique qui révélerait leur nature maligne.

Dans d'autres cas, la métastase extra-durale se manifeste par des images d'arrêt très irrégulier, en peigne, voire marécageux, ne posant aucun problème de différenciation avec les tumeurs extra-durales que l'on ne songera même pas à évoquer, mais qui peuvent être impossibles à différencier des images caractéristiques d'un méningiome .

En résumé, l'intérêt de la myélographie lipiodolée reste essentiellement d'ordre topographique. Les images d'arrêt sont sujettes à trop de variations pour qu'on puisse leur accorder une valeur diagnostique.

CHAPITRE III

rement suspecte.

On pourrait croire que chacune de ces trois hypothèses implique une attitude thérapeutique différente.

a - Nombreux sont encore les médecins qui répondent par l'abstention chirurgicale à l'apparition d'une métastase rachidienne.

b - Pour les tumeurs bénignes, l'attitude chirurgicale est partout admise.

c - Les cas douteux, eux, mériteraient donc l'exploration chirurgicale systématique étant donné la découverte possible d'une tumeur bénigne.

Mais en fait, le problème ne se pose plus tout-à-fait ainsi à l'heure actuelle, car diverses thérapeutiques ont été proposées dans le domaine des compressions médullaires d'origine métastatique, non seulement les traitements hormonaux et la radiothérapie locale mais surtout les laminectomies décompressives qui retiendront notre attention.

Certes, ELSBERG et ses collaborateurs⁽¹⁾ considèrent comme superflue toute intervention sur les métastases du rachis ; de nombreux chirurgiens consentent à pratiquer une chirurgie fonctionnelle sur la moelle épinière (cordotomie et myélotomie) afin de supprimer les douleurs exceptionnellement violentes des paraplégies métastatiques.

Enfin, quelques uns tentent la décompression de la moelle péinière avec des résultats qui permettent de considérer cette méthode comme un traitement valable des compressions médullaires d'origine métastatique.

Déjà en 1954, le Professeur PETIT DUTAILLIS fixait les conditions de la laminectomie décompressive.

(1)cité dans (2)

" 1 - Absence d'autres métastases décelables,

2 - Etat général peu atteint témoignant d'une résistance suffisante,

3 - existence d'une paraplégie spasmodique d'allure progressive. La paraplégie flasque avec abolition de la réflexivité tendineuse et de la sensibilité témoigne d'une myélomalacie locale et de lésions en général irréversibles"

"Plusieurs succès temporaires ont pu être obtenus dans ces conditions chez des cancéreux, témoin un cas récent de paraplégie par métastase d'un cancer du sein survenu 5 ans après ablation de la glande, cas publié par J. A. CHAVANY, J. SICARD et R. DUPUIS. L'ablation de la métastase intra-durale permis d'obtenir une récupération fonctionnelle rapide et la malade ne mourut que 10 mois plus tard de la généralisation de son cancer".

Entre 1954 et 1962, la chirurgie des métastases rachidiennes du cancer du sein a encore gagné du terrain grâce aux opérations hypophysaires.

Les résultats déjà obtenus permettent de penser que l'hypophysectomie freine le processus cancéreux, retarde sa généralisation, alors qu'une atteinte métastatique s'est déjà extériorisée.

Voici le résumé d'un cas observé dans le service de Neuro-Chirurgie de la Salpêtrière.

Observation :

Madame A. . . , 52 ans, venue de l'Hôpital Broussais pour une paraplégie flasque d'installation très rapide coïncidant avec la découverte d'une tumeur du sein gauche entre dans le service de Neuro-Chirurgie de la Salpêtrière le 24 mars 1961.

Histoire de la maladie :

Depuis la fin du mois de janvier 1961, Madame A. souffre de lombalgies bilatérales sans irradiation sciatique ni irradiation en ceinture. Dans le courant du mois de Février apparaissent des sensations de lourdeur dans les membres inférieurs, gênant la marche.

Elle est hospitalisée dans le service du Professeur MOUQUIN le 27 février 1961. A l'examen, on note un steppage, une diminution globale de la force musculaire des membres inférieurs. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents, les cutanés plantaires en flexion.

Le 10 mars 1961, au matin, la malade se plaint de ne plus pouvoir marcher. En effet, à l'examen on note une paraplégie flasque avec signe de Babinski bilatéral, sans troubles sensitifs ni troubles sphinctériens.

Une ponction lombaire ramène un liquide clair contenant 9 grammes d'albumine et 12,5 éléments par mm³.

L'épreuve de QUECKENSTEDT STOOKEY met en évidence un blocage du liquide céphalo-rachidien.

Les radios du rachis montrent en D₉ et D₁₀ un effacement des pédicules et l'aplatissement du corps vertébral de D₁₀.

De plus, à l'examen viscéral complet, on découvre au niveau du sein gauche, dans le quadrant supéro-interne une masse indolore, ferme, mal limitée, adhérente, faisant suspecter une néo-formation.

La malade est adressée dans le service de Neuro-Chirurgie de la Salpêtrière le 24 mars 1961.

A l'examen on retrouve toute la symptomatologie de compression médullaire déjà décrite que des trou-

bles de la sensibilité superficielle et profonde sont venus compléter. L'hypoesthésie superficielle à tous les modes remonte jusqu'au niveau de l'ombilic.

Un nouvel examen du L.C.R. met en évidence en plus de l'hyperalbuminorachie, la présence de cellules cancéreuses typiques au stade IV.

Le 4 avril 1961, la malade est opérée.

Opérateur : Docteur ROSIER.

Compte-rendu opératoire : Laminectomie D₉-D₁₀

Incision centrée sur l'apophyse épineuse D₉, les lames D₉-D₁₀ sont envahies par une métastase qui se continue en dehors surtout à droite. Epidurite néoplasique de D₈ à D₁₀. Le tissu métastatique est assez hémorragique. Au dessous, la moelle bat normalement. Pose de deux clips de part et d'autre de la laminectomie. Gélatine. Suture musculaire en deux plans. Suture cutanée en deux plans.

Compte-rendu histologique (Pr. J. LAPRESLE)

Les fragments soumis à l'examen sont de l'os dont les espaces médullaires sont particulièrement envahis par une prolifération tumorale faite d'éléments de type épithélial avec de nombreuses inégalités nucléaires et quelques mitoses. METASTASE D'UN CARCINOME.

Suites opératoires :

Une quinzaine de jours après l'opération, la malade peut remuer ses jambes.

Des examens hormonaux sont alors demandés en vue d'établir un bilan avant l'hypophysectomie envisagée.

Le 5 mai 1961 le Docteur LE BEAU pratique une section de la tige hypophysaire.

Le lendemain de cette intervention la malade est consciente et son état satisfaisant.

Vers la fin du mois de mai, elle sort de l'état de somnolence dans lequel elle se trouvait. Au cours du mois de juin l'amélioration se poursuit, elle remue ses jambes. En septembre elle peut marcher. On constate de plus que le noyau induré du sein que l'on avait découvert lors de son entrée à l'hôpital, a disparu.

Elle sort de l'hôpital à la fin du mois de septembre 1961. Les bilans hormonaux successifs qui sont systématiquement pratiqués tous les deux mois depuis l'hypophysectomie, attestent une bonne conservation de son équilibre humoral.

Nous avons revu la malade le 27 Avril 1962 en très bon état général, un an après l'intervention.

Ainsi, toujours dans le cadre particulier de cancer du sein, il est permis de penser que certaines des contre-indications à la laminectomie décompressive énoncées par le Professeur PETIT DUTAILLIS en 1954 ne sont plus aussi valables à l'heure actuelle.

1 - La présence de métastases osseuses diffuses ne doit plus être un empêchement à la laminectomie décompressive puisque l'hypophysectomie pratiquée à la suite, a pour but de freiner l'évolution générale du cancer.

2 - Le caractère de flaccidité d'une paraplégie d'origine métastatique ne doit pas systématiquement faire rejeter l'indication opératoire. Nous avons vu en effet, que notre malade présentait à son entrée une paraplégie flasque qui rétrocéda après laminectomie : la motilité de ses membres inférieurs commençait à réapparaître

quand l'hypophysectomie fut pratiquée.

Conclusion :

Si une attitude chirurgicale peut être adoptée vis à vis de la plupart des métastases d'épithélioma mammaire comprimant la moelle épinière, il va de soi qu'on évitera de passer à côté d'une tumeur bénigne intra-rachidienne fortuitement associée à un cancer du sein.

oOo

CONCLUSIONS

En présence d'une paraplégie associée ou secondaire à un cancer du sein, il est naturel de penser à une localisation rachidienne de la tumeur primitive et de lui attribuer les symptômes de compression médullaire.

Or, nous l'avons vu plus haut, cette association peut être reproduite accidentellement par l'apparition d'une tumeur bénigne de la moelle épinière, chez une femme qui a été antérieurement opérée d'un cancer du sein.

Nous avons en effet observé trois cas de ce genre au cours de l'année 1961, dans le service de Neuro-Chirurgie de la Salpêtrière.

Ils sont venus grossir le rang des coïncidences curieuses dont CUSHING déjà rapportait un exemple : il découvrit un banal méningiome chez une malade paraplégique, opérée antérieurement d'une tumeur maligne du corps thyroïde.

Pareilles éventualités doivent laisser place à un doute raisonnable dans l'établissement d'un diagnostic de métastase qui semblait découler d'une simple équation clinique.

Le nombre des tumeurs bénignes de la moelle épinière rencontrées chez les femmes opérées d'un cancer du sein n'est en effet pas négligeable.

En fait, le diagnostic de métastase ne devrait véritablement être posé qu'en présence de preuves radiographiques irréfutables.

Si cette première preuve "anatomique" manquait, l'exploration chirurgicale devrait alors être pratiquée, après avoir confirmé l'existence de la compression médullaire par la myélographie lipiodolée ; une telle attitude peut non seulement trouver sa récompense dans la découverte d'une tumeur bénigne de la moelle épinière, là où on était en droit d'attendre une métastase, mais être considérée comme constituant le premier temps du traitement d'un certain nombre de métastases rachidiennes.

Nous avons en effet tendu à démontrer que les métastases rachidiennes du cancer du sein méritent dans certains cas d'être traitées pour elles-mêmes et qu'une laminectomie décompressive peut quelquefois soulager ces malades atteintes d'une paraplégie souvent très douloureuse qui rend bien misérables les derniers mois de la vie qui précèdent la généralisation de leur cancer.

Une hypophysectomie peut être proposée secondairement à certaines malades, prêtes à courir un nouveau risque opératoire pour lutter contre un mal qui menace leur vie à court terme.

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté:

M. R. GARCIN

M. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ALEXANDER, DAVIS and FIELD
Métastatic lesion of vertébral column causing
cord compression.
Neurology : 6; 103-107, 1956.
- 2 - BARRON K.D. , HIRANO A. et coll.
Expériences with metastatic neoplasms involving
the spinal cord.
Neurology : fev. 1959, 9, n°2, 91-106.
- 3 - FREEDMAN, FEIRING and Breast and intraspinal
meningioma, 3 cases.
J. Neuropath. and Exper. neurology , 8, 85, 1949.
- 4 - HEISER S. M. D. and SWYER A. J. , MD.
Myelography in spinal metastases
Radiology, mai 1954, 62, n°5, 695-702.
- 5 - LAURENCE G.
Rachialgie par tumeurs vertébrales
La Revue du Praticien, 25 déc. 1961, XI, p. 3543-
3549.

6 - LAZORTHE et ANDUZE

Compression médullaire par métastase sous-arachnoïdienne d'un cancer du sein.

Rev. Oto-Neuro Opht. Avril. 1951, 23, N° 3, 174-175.

7 - LIEVRE J. A.

Tumeurs du rachis

E. M. C. 1960 - Appareil locomoteur : I5 866 A₁₀

8 - LOVE J. G. and HARRINGTON S. W.

Proc. Staff. Meet. Mayo Clin. 5 mai 1954, 29, n° 9, 250-251.

9 - MONPETIT G.

Radiculalgies et tumeurs intra-rachidiennes.

43 cas de tumeurs intra-rachidiennes observées dans une consultation et un service de rhumatologie.

Thèse , Paris 1956.

10 - OUVRY P.

Méningiomes rachidiens

Thèse, Paris 1959

11 - PERESE D. M.

Treatment of metastatic extradural spinal cord tumors. A série of 30 cases.

Cancer 1958, vol. , 11, p. 214.

12 - PETIT DUTAILLIS D.

Traitement chirurgical des compressions radiculo-médullaires - E. M. C. 1954, Neurologie

13 - SICARD A. Tumeurs du rachis

Chirurgie du rachis Paris Masson 1959, p. 404-434



**AGEMP
POLYCOPIE**

**8, rue Dante
PARIS-Ve**

Telephone : ODÉon 58-90